

Travail fait à la Clinique obstétricale de Nantes

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

540

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul NICAUD

Né le 26 août 1910, au Moutiers-sur-le-Lay (Vendée)

RÉFLEXIONS
A PROPOS DES SUITES ÉLOIGNÉES
DE SIX SYMPHYSIOTOMIES
A LA ZARATE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

Travail fait à la Clinique obstétricale de Nantes

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul NICAUD

Né le 26 août 1910, au Moutiers-sur-le-Lay (Vendée)

RÉFLEXIONS

A PROPOS DES SUITES ÉLOIGNÉES
DE SIX SYMPHYSIOTOMIES

A LA ZARATE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOÛVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Micrôbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*Qui m'a donné en exemple une vie faite
d'intégrité et de droiture.*

A MA MÈRE

*En témoignage de toute mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MES SOEURS

A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

AU DOCTEUR PHELIPPON

Médecin à Fontenay-le-Comte

Bien affectueusement.

A MON EXCELLENT AMI

LE DOCTEUR CHARLES CREMET

Qui fut pour moi un guide précieux.

A M. LE PROFESSEUR J. SÉBILLEAU

Professeur de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin-chef des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*Qui fut toujours pour nous d'une pater-
nelle bienveillance.*

*Humble témoignage de notre profonde
gratitude.*

A M. LE MÉDECIN COMMANDANT GUYONNET

Médecin-chef au 355^e R. A. A.
Officier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Médaille des épidémies

*Qui m'accueillit si cordialement.
Respectueusement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

M. LE PROFESSEUR FAVREUL

M. LE PROFESSEUR MIRALLIE (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR GIROIRE

M. LE DOCTEUR DUVERGER

M. LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR MOUTIER

M. LE DOCTEUR POUZIN-MALÈGUE

M. LE DOCTEUR POUMIER

M. LE PROFESSEUR LEROUX

M. LE PROFESSEUR JAROUSSE

M. LE DOCTEUR LE MEIGNEN (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR ARONDEL

M. LE PROFESSEUR G. BUREAU

M. LE PROFESSEUR Y. BUREAU

M. LE PROFESSEUR SÉBILLEAU

M. LE PROFESSEUR PICARD

M. LE DOCTEUR PERRIN

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. LES DOCTEURS GAUDIN, VÉLAN, BOIFFIN,
MIRALLIE, DELAUNAY

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES CAMARADES D'EXTERNAT
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR M. LEROUX

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux
Croix de guerre

*Qui fut l'inspirateur de ce travail et que
nous remercions des excellents conseils
qu'il nous a toujours prodigués.*

*Qu'il veuille bien trouver ici un faible
témoignage de notre affectueux respect
et de notre grande reconnaissance pour sa
bienveillance et pour l'intérêt qu'il nous a
toujours porté.*

A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*En le remerciant du très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse. Hommage respectueux.*

RÉFLEXIONS A PROPOS DES SUITES ÉLOIGNÉES DE SIX SYMPHYSIOTOMIES A LA ZARATE

Introduction.

La *Symphysiotomie* est une opération obstétricale qui permet d'agrandir le bassin, par section de la symphyse pubienne, afin de faciliter l'accouchement quand il s'agit d'un bassin limite, avec une dystocie osseuse légère et une infection latente ou même confirmée.

Cette intervention, qui a eu autrefois son heure de succès, est vite retombée dans l'oubli par suite des mauvais résultats obtenus, dus fréquemment à des fautes de technique. Actuellement, avec le procédé sous-cutané de Zarate, c'est une intervention qui, bien maniée, est susceptible de donner d'excellents résultats et que l'on ne doit pas éliminer systématiquement de l'arsenal thérapeutique obstétrical.

Dans un premier chapitre nous ferons l'historique de la symphysiotomie, dans un deuxième chapitre nous ferons l'étude critique du procédé de Zarate, le seul employé désormais et vraiment le seul capable de donner des suites éloignées favorables, grâce à ses nombreux avantages.

Puis, dans un troisième chapitre, nous tâcherons de poser les indications de cette méthode.

Enfin, nous rapporterons les observations dont nous nous servirons comme point de départ pour faire la critique et dire quelle est la valeur de ce procédé avec les résultats éloignés que nous sommes en droit d'espérer.

Nous concluerons en essayant de faire ressortir les données pratiques que nous pouvons retenir de ces observations originales de symphysiotomie à la Zarate recueillies à la Clinique Obstétricale de Nantes en comparant les résultats à ceux que nous avons pu recueillir dans la littérature obstétricale récente.

Notre étude aura donc pour but la critique du procédé de Zarate, afin de dégager une vue d'ensemble et d'en souligner les résultats à longue distance.

Historique de la symphysiotomie.

Il y a déjà longtemps que les accoucheurs se sont préoccupés de rechercher un procédé d'agrandissement du bassin pour faciliter l'accouchement ; c'est ainsi qu'en 1753 on voit d'Arbore d'Andria pratiquer une manœuvre extrêmement curieuse mais désastreuse aboutissant à une véritable symphysioclasie (engagement de la tête par expression abdominale).

En 1773, Sigault, encore étudiant en médecine, lance en France le premier procédé d'agrandissement du bassin et le décrit dans sa thèse. Cette méthode consiste dans la section de la symphyse pubienne qui aboutit à l'élargissement des diamètres du bassin, cette thèse, soutenue le 22 mars 1773 à Angers, fut l'occasion d'une polémique entre l'Académie de Chirurgie qui condamnait le procédé et la Faculté de Médecine qui fit graver une médaille en l'honneur de son auteur.

Les premiers résultats sont désastreux tant au point de vue maternel que fœtal, la première opération, tentée en 1777, est un succès très relatif en ce sens que, si l'enfant naît vivant, la femme Souchot reste infirme toute sa vie : « marchant difficilement, ne

montant qu'à grand'peine les escaliers et atteinte d'une incontinence d'urine complète et définitive ».

Devant ces résultats, Baudelocque, Velpeau, Killian Mme La Chapelle, soutenus par l'Académie de Chirurgie, s'élèvent contre cette méthode et deviennent des adversaires acharnés de l'opération de Sigault qui est abandonnée en France et le sera jusqu'en 1881.

En Italie, au contraire, avec l'Ecole de Naples, cette intervention connaît un certain succès étant donnés surtout les résultats désastreux obtenus avec la césarienne. Morisani et Galbiati continuent à la pratiquer avec quelques résultats intéressants.

Puis Pinard, réagissant contre les embryotomies souvent faites sur des enfants vivants, et tenant compte des insuccès fréquents des applications de forceps au détroit supérieur, ainsi que de la très grande mortalité infantile à la suite des accouchements prématurés provoqués, remet la symphysiotomie à l'ordre du jour et pratique sa première en février 1882.

En collaboration avec Varnier et Farabeuf qui étudient au point de vue anatomique la symphyse pubienne, ils mettent au point une technique bien déterminée : la symphysiotomie à ciel ouvert. Ce procédé, qui prend de suite une certaine vogue, sera bientôt délaissé grâce à l'asepsie et au progrès de la chirurgie : au Congrès d'Amsterdam en 1899, la césarienne corporéale va prendre l'avantage.

Les pubiotomies telles qu'elles avaient été pratiquées par Siebold en 1778, Aitken en 1784, Cham-

pion et Stolz connaissent encore une grande vogue.

Aux Congrès de Rome, en avril 1894 et de Moscou, en août 1887, la technique et les indications de la symphysiotomie ont été étudiées et on expose certains résultats favorables.

En 1902, Gigli fait une pubiotomie à l'aide de sa ficelle scie, les résultats sont encore médiocres car on utilise toujours le procédé à ciel ouvert.

En 1903, Walcher, Doederlheim mettent au point une technique d'hebostomie sous-cutanée qui va permettre d'améliorer la symphysiotomie.

En 1914, Frank, pour la première fois, décrit la symphysiotomie sous-cutanée que des auteurs sud-américains modifieront encore.

En juin 1925, le Professeur Enrique Zarate de Buenos-Ayres améliore considérablement la méthode précédente avec son procédé de symphysiotomie partielle sous-cutanée intraligamentaire.

Actuellement, les opérations d'agrandissement du bassin, peu pratiquées en France, ont cependant quelques défenseurs qui en limitent très strictement d'ailleurs les indications (Le Lorier, Cathala, Brindeau); mais elle a été rapidement dépassée par l'opération césarienne et ses nombreux procédés (césarienne basse transpéritonéale de Frank, 1906) puis depuis 1921 avec Schikele et Brindeau la césarienne basse est de plus en plus en vogue au détriment des pelvitomies qui n'ont qu'un petit nombre de partisans.

Il semble cependant que la symphysiotomie à la

Zarate soit une intervention à ne pas éliminer systématiquement et qu'elle est capable de donner d'excellents résultats dans des cas défavorables à la césarienne.

Étude critique du procédé de Zarate envisagé au point de vue des suites éloignées.

Nous ne voulons pas reprendre l'étude détaillée faite magistralement à plusieurs reprises du procédé de Zarate, mais nous borner seulement à l'examen des points particuliers et originaux du procédé qui l'oppose à celui de Farabeuf et en font une opération essentiellement conservatrice.

Alors que Farabeuf n'hésite pas à sectionner à « ciel ouvert » sans souci de créer au voisinage immédiat du méat urétral et du vagin une plaie singulièrement exposée à l'infection, à l'inverse Zarate se borne à une simple ponction du bistouri qui intéresse le minimum de vaisseaux et qu'une simple agrafe ou un crin suffira à fermer, l'opération terminée.

Mais la différence est encore plus sensible au temps essentiel de l'opération. Farabeuf coupe délibérément tous les ligaments de la symphyse et obtient ainsi une possibilité d'écartement qui peut atteindre 6 et même 7 cm. On comprend sans peine qu'à la suite d'un tel écartement la symphyse, privée définitivement de ses ligaments essentiels, puisse ne

pas se consolider, d'où chevauchement, diastasis large et permanent, qui vont entraîner un trouble très important des fonctions motrices de la ceinture pelvienne, ainsi disloquée de façon définitive ; et l'on peut opposer à cette technique actuellement périmée les principes excellents de Zarate qui a bien compris tout l'intérêt de la conservation du ligament transverse du pelvis de Henlé grâce auquel la symphyse pourra reprendre sans trop de difficulté sa solidité dans les suites opératoires éloignées. Ainsi donc dans le Zarate on se borne à sectionner les formations ligamenteuses, pré, sus et rétro-pubiennes, à entamer le ligament arqué sous-pubien de façon aussi modérée que possible. Grâce à l'élasticité des fibres demeurées intactes de ce ligament, on obtiendra l'écartement nécessaire, sans plus, à l'achèvement de l'accouchement.

L'écartement ne dépassera jamais 3 ou 4 cm. au maximum mais la pratique de l'opération a montré qu'il permettait de donner un agrandissement suffisant dans la plupart des cas

Le simple exposé de cette méthode de Zarate laisse prévoir que la dislocation de la symphyse pubienne est limitée et que le respect partiel du ligament sous-pubien, le respect absolu du ligament transverse du pelvis auront comme conséquence heureuse une coaptation approximative des surfaces symphysaires.

Nous verrons par les observations qui seront exposées plus loin quelles conséquences statiques et dynamiques en résulteront.

A notre point de vue, la conservation partielle du manchon fibreux et intégrale du ligament de Henle sont essentielles, comme y a bien insisté Cathala, leurs fibres peuvent bien s'allonger mais il serait désastreux qu'elles se rompent. Si un tel accident se produisait l'urètre ne serait plus maintenu et courrait le risque d'être déchiré, les racines du clitoris, les parties molles même sous-pubiennes étant alors déchirées, l'articulation viendrait à communiquer avec l'extérieur et l'on voit qu'en définitive le procédé de Zarate par son souci de conservation s'efforce d'éviter les complications si fréquentes autrefois à la suite de la symphysiotomie et des pubiotomies ; nous voulons parler de l'incontinence d'urine, des fistules urétrales ou vésicales parfois si rebelles.

Indications de la symphysiotomie.

Nous allons maintenant essayer de poser les principales indications de l'opération de Zarate ce qui n'est pas toujours facile avec le perfectionnement des nombreux procédés par voie haute.

Nous décrirons trois indications majeures :

1° *Les viciations pelviennes par dystocie osseuse légère :*

a) BASSIN RACHITIQUE : plat, généralement rétréci et aplati. — La symphysiotomie ne peut être pratiquée que pour des bassins peu touchés comme les bassins plats et généralement rétrécis annelés dont le diamètre promonto-rétro-pubien est supérieur ou égal à 8 cm. 5 et au plus bas à 8 cm.

Dans les bassins généralement rétrécis canaliculés il ne faudra pas intervenir au-dessous de 9 cm. de diamètre promonto-rétro-pubien et à condition que la concavité du sacrum soit suffisante pour permettre à la tête de descendre.

Au-dessous de ce chiffre, il y aura souvent intérêt à faire une césarienne.

Si toutefois, après l'épreuve du travail, il y a à craindre une infection amniotique, il faudra recourir

à la symphysiotomie qui jusqu'à la dernière minute laisse toutes les possibilités d'un accouchement spontané, de même, il vaudra mieux y recourir chaque fois que la poche des eaux sera rompue depuis plus de dix heures.

En cas de rupture prématurée, la symphysiotomie permet de continuer l'épreuve du travail sans danger alors que l'heure de la césarienne conservatrice est passée. Si l'on n'aboutit pas et si deux heures après la dilatation complète, les contractions étant efficaces la tête ne s'engage pas on pratiquera la section de la symphyse (Le Lorier).

b) BASSIN CYPHOTIQUE. — Le bassin cyphotique constitue une excellente indication de la symphysiotomie ; en effet, l'obstacle est ici au détroit inférieur dont le rétrécissement est constitué non seulement par un rapprochement des ischions et des épines sciatiques mais plus encore par une fermeture de l'ogive pubienne ; on comprend que la symphysiotomie en émoussant l'angle de l'ogive pubienne va faciliter très largement l'engagement de la tête au détroit inférieur et dans ce cas de bassin cyphotique l'agrandissement de la symphyse sera facilité par le ramollissement excessif et bien connu des ligaments des articulations sacro-iliaques.

L'indication est d'autant meilleure, enfin, que la dystocie ne se manifeste ici qu'après une dilatation déjà avancée alors que la partie est compromise pour une césarienne.

2^o *Disproportion céphalo-pelvienne.* — En cas de tête volumineuse et non engagée, on pratiquera l'épreuve du palper mensurateur de Pinard, pour apprécier la disproportion entre le bassin et le fœtus (ce qui se voit chez les multipares avec fœtus de plus en plus gros) ;

3^o Une autre indication de symphysiotomie existe quand la tête dernière est retenue au détroit supérieur (Brindeau) ; l'accouchement du siège et celui des épaules étant terminés ; de même, en cas de dystocie irréductible des épaules retenues au détroit supérieur (Le Lorier), lorsque l'abaissement des bras ne sera pas possible.

En cas de tête dernière, au cours d'un accouchement par le siège il faut avoir un bassin limite :

- en cas de bassin plat, le diamètre promonto-rétro-pubien minimum doit être égal ou supérieur à 8 cm. et,
- si le bassin est généralement rétréci le diamètre devra être égal ou supérieur à 9 cm.

Il y a d'autres indications de symphysiotomie dans les cas où on a affaire à des présentations défectueuses, persistantes ou enclavées, mauvaises orientations de la tête, avec enclavement de celle-ci dans l'excavation « en horizontalité », suivant l'expression de Mme La Chapelle, ce qui se voit en cas de mauvaise présentation ou lorsqu'il y a un rétrécissement du détroit inférieur :

- une présentation du front enclavée,
- ou une face évoluant en mento sacrée.

Même avec une présentation du siège et parfois de l'épaule avec un bassin modérément rétréci, on sera souvent obligé d'avoir recours à une symphysiotomie.

Outre ces indications primordiales de la symphysiotomie, il faudra bien tenir compte que l'on ne doit entreprendre cette intervention qu'au cours du travail, le col étant dilaté ou facilement dilatable, la tête étant mobile ou amorcée au détroit supérieur, la poche des eaux étant rompue depuis longtemps, l'œuf étant suspect, et s'il y a des signes marqués de souffrance fœtale, au cours d'une épreuve du travail par exemple.

Ces indications posées, on peut dire que la symphysiotomie est une opération bénigne, qui devrait définitivement remplacer l'application du forceps sur la tête enclavée dans la partie haute du bassin généralement rétréci (Couvelaire).

En résumé, la symphysiotomie sera donc à envisager chaque fois qu'en présence d'une femme qui, après épreuve du travail, après des touchers répétés et suspects, parfois des tentatives infructueuses d'extractions présente à l'examen :

- une présentation du sommet avec tête mobile ou mieux amorcée au détroit supérieur;
- une poche des eaux rompue;
- un col dilaté ou dilatable;
- des parties molles souples.

A côté de ces indications de la symphysiotomie, il faut faire quelques réserves et insister sur certains points pour lesquels tous les auteurs ne sont pas d'accord; d'abord la dilatation, il ne semble pas que la dilatation complète soit essentielle, il faut quand même mieux qu'elle soit le plus avancée possible.

De l'avis de Le Lorier, il y a intérêt chez une femme en travail ayant un détroit supérieur rétréci, la poche des eaux venant de se rompre, à faire une pelvitomie si deux heures après la rupture des membranes, la présentation ne vient pas s'appuyer sur l'orifice utérin et le dilater malgré de bonnes contractions utérines; à condition toutefois qu'il n'y ait qu'une faible disproportion entre la tête et le bassin.

En cas de dystocie du col par rigidité ou œdème, la symphysiotomie devient des plus discutables et doit céder le pas à la césarienne.

L'infection : en cas d'infection grave avec un très mauvais état général, une fièvre élevée, un poulx petit et filant, le pronostic est moins bon quoique non comparable à celui d'une opération par voie haute.

L'infection déclarée ou simplement latente ne semble pas tellement assombrir le pronostic de la méthode de Zarate.

Certains accoucheurs redoutent la symphysiotomie chez les primipares ; certaines conditions étant remplies, la parturiente ayant des parties molles, souples et extensibles, elle ne donne pas de plus mauvais résultats que chez les multipares mais on sera souvent obligé de pratiquer une large épisiotomie parfois bi-

latérale. A ce sujet, nous rapporterons quelques cas de symphysiotomies pratiquées chez des primipares jeunes que nous emprunterons aux observations publiées en 1932, par le D^r Michelon, dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*.

OBSERVATION I.

(In *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 1932).

Mme O..., primipare, 36 ans, maison maternelle.

Bassin aplati légèrement rétréci promonto-sous-pubien : 9 cm. 8.

Accouchement le 27 novembre 1929, après trente-six heures de travail. Poche des eaux rompue depuis dix heures. On intervient à cause des signes de souffrance de l'enfant : liquide méconial. Bruits du cœur à peine perçus. Tête mobilisable au détroit supérieur au-dessus d'une symphyse haute de 7 cm. Opération de Zarate sans incident. La tête descend dans l'excavation immédiatement. Forceps au détroit inférieur. Enfant de 3.000 gr. ranimé après un quart d'heure d'efforts.

Suites : subfébriles du deuxième au cinquième jour. Sortie le quatorzième jour sans aucune gêne fonctionnelle.

OBSERVATION II (D^r Michelon).

Mme C.... primipare, 26 ans, maison maternelle.

Bassin non vu.

Accouchement le 19 janvier 1930. Durée totale du travail dix-huit heures. Durée de la dilatation seize heures, liquide

méconial, bruits du cœur modifiés, température 38°. Zarate sans incident après épisiotomie préventive. Forceps. Enfant vivant 4.140 gr.

Suites : fébriles, phlébite double. Sortie le 22 mars 1930.

Revue un an et demi après sans aucune gêne fonctionnelle, ni aucun trouble de la marche. La radiographie de la région symphysaire montre un agrandissement permanent du bassin.

OBSERVATION III.

Mme V..., primipare, 30 ans. On est appelé d'urgence par le médecin traitant auprès d'une malade en travail depuis cinquante heures. Application de forceps au détroit supérieur sans résultat. A notre arrivée, bruits du cœur encore perçus. Nouvelles tentatives de forceps suivies d'un nouvel échec. Opération de Zarate : extraction par forceps d'un enfant vivant qui est mort le troisième jour d'hémorragie méningée.

Suites sans incident.

Cette opération est particulièrement intéressante car cette femme a accouché à nouveau depuis spontanément, d'un enfant plus gros, son bassin étant resté agrandi définitivement.

OBSERVATION IV.

Mme V..., primipare, 28 ans. La malade vue au cinquième mois de la grossesse on trouve un bassin transversalement rétréci P. P. : 9 cm. Sacrum droit, non excavé, tissus atrésiés. La malade repoussant l'idée d'une césarienne

on lui conseille de revenir au huitième mois pour prendre une décision thérapeutique. Elle ne revient pas.

Accouchement le 19 avril 1930. Appelé d'urgence auprès d'elle, après vingt-quatre heures de travail on trouve une poche des eaux rompue, une tête bloquée au D. S. une dilatation à grande paume de main, un œdème de la lèvre antérieure du col. Touchers multiples. Intervention. Épisiotomie et incision antérieure du col. Tentative prudente de forceps sans résultat. Devant le désir formellement exprimé par l'entourage d'avoir un enfant vivant on fait une symphysiotomie à la Zarate :

Ecartement de deux travers de doigt, 1 cmc. d'hypophyse la tête descend, bombe à la vulve sans parvenir à se fixer sous le pubis. Une demi-heure après, application facile de forceps en O.I.D.T., extraction sans effort. Fille vivante 3.300 gr.

Incident : malgré l'épisiotomie déchirure périnéale que l'on suture immédiatement.

Suites apyrétiques : La malade marche le quinzième jour, sans aucun trouble fonctionnel.

OBSERVATION V.

Mme X..., primipare, 32 ans. Appelé d'urgence auprès d'une malade en travail depuis trois jours. Touchers nombreux et manœuvres répétées de dilatation du col. Un confrère chirurgien des environs a posé l'indication d'un Delmas. A notre arrivée nous notons : tête mobilisable au détroit supérieur, dilatation complète, liquide méconial, bruits du cœur très ralentis. Nous pratiquons un Zarate

suivi d'un forceps après épisiotomie. Extraction d'un gros enfant vivant.

Suites : marquées par une phlébite jambe droite.

OBSERVATION VI.

Mme P..., primipare, 36 ans. Appelée par le médecin traitant auprès d'une malade en travail depuis vingt-deux heures. Il s'agit d'une présentation de la face enclavée dans l'excavation en M.I.D.P. Toutes les manœuvres de rotation échouent, B. c. très modifiés. Symphysiotomie à la Zarate suivie d'épisiotomie et de forceps. Enfant vivant.

Suites : normales.

Nous allons emprunter quelques autres observations de symphysiotomie faites chez des primipares encore plus jeunes à la thèse de Peytauvin (Paris, 1931).

OBSERVATION I.

Mme B... Suzanne, primipare de 26 ans. Bassin généralement rétréci. Promontoire élevé. Tête non engagée bloquée en transverse avec asynclitisme postérieur, membranes rompues. Dilatation complète depuis cinq heures, état subfébrile. Symphysiotomie sous-rachi-anesthésie. Extraction par forceps d'un enfant vivant.

Suites compliquées par une *phlegmatia alba dolens* mère et enfant sortent en bon état.

OBSERVATION II.

Mme M., Germaine, primipare de 19 ans. Bassin généralement rétréci et aplati. Fœtus volumineux. La tête reste élevée sans progression sensible. Membranes rompues. Dilatation complète depuis quatre heures. Symphysiotomie sous chloroforme. Accouchement spontané d'un enfant vivant avec un bi-pariétal de 9 cm. 9.

Suites : bonnes, marche normale. Mère et enfant quittent le Service, le vingtième jour en bon état.

OBSERVATION III.

Primipare de 23 ans. Bassin annelé. Tête fœtale non engagée. Depuis deux heures membranes rompues et dilatation complète. Signes d'infection amniotique 38°7. Symphysiotomie sous-chloroforme. Hypophyse : accouchement spontané.

Suites subfébriles. Sortie en marchant normalement, enfant bien portant.

OBSERVATION IV.

Mme P..., primipare de 21 ans. Bassin en entonnoir, bischiatique : 7 cm. Non progression de la tête fixée depuis trois heures dans l'excavation. Dilatation complète depuis trois heures, poche des eaux rompue artificiellement depuis le même temps, liquide teinté. Une application de forceps montre que la tête vient buter sur les épines scia-

tiques et qu'elle ne pourra être extraite sans traumatisme grave : le forceps est retiré.

Symphysiotomie sous-chloroforme, double épisiotomie bien qu'il n'y ait pas d'atrésie vaginale mais primiparité. Expulsion spontanée quinze minutes après d'une fille vivante de 3.165 gr. Bi-pariétal : 9 cm. 3.

Suites fébriles par abcès du sein.

Lever le dix-huitième jour. Sortie marchant normalement le vingt et unième jour.

OBSERVATION V.

Primipare de 27 ans. Bassin généralement rétréci P.S.P. : 10 cm. 4. Faux promontoire sacré. Tête haute. Travail long. Rupture précoce des membranes. Le col s'œdématie souffrance fœtale. Dilatation petite paume. Symphysiotomie, anesthésie Schleich, trois quarts d'heure après expulsion d'un enfant vivant.

Suites satisfaisantes. Sortie le quinzième jour en excellent état.

OBSERVATION VI.

Primipare de 28 ans. Bassin plat. P.S.P. : 10 cm. 6 tête très élevée, mal fléchie, débordante. En travail depuis cinquante heures, membranes rompues depuis dix-neuf heures. Température dépassant 38°. Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 3.700 gr. Sortie du Service en bon état. Revue un mois après : marche absolument normale.

Il nous a paru bon de rapporter ces quelques observations d'opérations de Zarate pratiquées chez des primipares souvent très jeunes, sans gros inconvénients et sans complications notables. Il nous aurait été facile de multiplier le nombre de ces observations, les opérations de Zarate pratiquées chez des primipares étant assez nombreuses dans la littérature obstétricale.

Enfin, comme dernière indication de la méthode, nous citerons la souffrance fœtale au cours d'une épreuve du travail, même dans les cas où la souffrance fœtale est marquée, même si l'on ne perçoit plus les bruits du cœur, le Zarate permet encore d'avoir des enfants vivants et ainsi améliore considérablement le pronostic.

Ainsi que nous venons de le voir, ces quelques réserves très variables suivant les accoucheurs ne sont pas des contre-indications ; nous ne considérons que comme des contre-indications : la mort du fœtus, on fera alors une embryotomie.

L'atrésie vaginale, celle-ci chez une primipare doit faire renoncer à la symphysiotomie.

Enfin, quand la disproportion fœto-pelvienne est très importante avec un diamètre P.S.P. inférieure à 10 cm. il faudra mieux éviter de pratiquer la section du pubis.

Observations originales.

Maintenant que nous avons posé les principales indications de la symphysiotomie à la Zarate, montrons dans quelles circonstances ont été pratiquées les interventions dans les opérations que nous rapportons.

Nous insisterons particulièrement sur :

- la parité ;
- les antécédents obstétricaux ;
- les conditions dans lesquelles on est intervenu ;
- les indications maternelle et fœtale ;
- l'état de la dilatation ;
- la durée du travail ;
- l'évolution de l'accouchement ;
- les suites opératoires et les résultats éloignés.

Nous oserons faire remarquer que toutes les malades de nos observations ont été revues à une date plus ou moins éloignée de leur opération, ce qui nous a vraiment permis d'avoir les résultats lointains.

OBSERVATION I.

Mme B..., 41 ans, III-pare. 1 enfant vivant âgé actuellement de 18 ans. Pas d'accouchement à terme depuis lors.

Est amenée d'urgence en pleine nuit à la Clinique du Boccage par son médecin traitant, le Dr X de Montaigu (à 40 km. de Nantes),

Il s'agit d'une présentation du sommet, fixé au-dessus du D S sans possibilité d'engagement. Le Confrère a essayé prudemment des applications de forceps qui ont été infructueuses et devant cet échec il a décidé d'amener la malade à la Clinique.

A l'examen : on trouve un bassin généralement rétréci, une dilatation de grande paume avec un col très souple et très extensible de multipare ; comme le cas est très impur ou tout au moins très suspect, en raison des manœuvres qui ont eu lieu, le Dr Leroux se décide à faire une symphysiotomie à la Zarate qui aboutit à l'extraction sans difficulté d'un enfant de 4.000 gr.

Guérison simple : levée au 15^e jour, pour permettre le départ rapide de la Clinique. A la sortie très bon état statique de la malade. Aucune douleur au niveau du pubis. A la radio très faible écartement du pubis.

Revue cinq ans après l'opération pour un prolapsus génital on constate que l'état du squelette est excellent, la malade ne se dandine pas et peut vaquer à ses occupations de ménagère campagnarde sans difficulté. Elle subit l'opération d'Halban dont les suites sont parfaites. Actuellement

cette femme est tout à fait remise sur pieds et ne se ressent en aucune façon de son opération de symphysiotomie.

OBSERVATION II.

Mme F... Rose, VII^e pare, 41 ans.

Entre à la salle de travail, le 22 juillet 1932.

Cette femme de 41 ans, qui a toujours bien marché fut réglée à 14 ans. Comme antécédent personnel une rougeole à 9 ans. Antécédents obstétricaux :

Premier accouchement février 1917 : normal

Deuxième accouchement juillet 1920 : normal

Troisième accouchement mai 1922 : normal

Quatrième accouchement septembre 1925 : forceps

Cinquième accouchement juin 1929 : normal

Sixième accouchement août 1930 : forceps

Les dernières règles datent du 5 novembre.

Aucun accident ni complication au cours de la grossesse, jamais d'albumine dans les urines.

Début de travail le jeudi 21 juillet à 3 heures. La sage-femme appelée, attend jusqu'au vendredi 22 au matin vers 5 heures et va chercher le médecin. Celui-ci fait à 6 heures une première prise de forceps qui échoue. Il renouvelle sa tentative à 9 heures sans plus de succès. A midi, il dirige sa malade sur l'hôpital.

L'examen à l'entrée dans le Service permet de constater une présentation céphalique en O.I.D.P., les B. c. sont bons, température 37°6. La dilatation est complète. Les parties molles sont très souples, on atteint facilement le promontoire.

On pratique une anesthésie rachidienne avec 8 cgr. de Scurocaïne ; on tente une application de forceps Demelin mais sans résultat. Le forceps difficilement mis en place à tendance à déraper. Devant cet insuccès et en raison de la multiparité de la femme ayant accouché d'enfants normaux, en présence d'un léger rétrécissement du bassin on décide de pratiquer un petit agrandissement et de faire une symphysiotomie à la Zarate :

Deux aides écartent les genoux et perçoivent le craquement de l'écartement ; le bistouri retiré, l'écoulement sanguin se fait en petit jet qui dure jusqu'à la fin de l'accouchement ; après symphysiotomie application de forceps qui échoue, on pratique alors une version podalique par manœuvres internes. Cette version est réellement difficile, l'utérus étant vide et rétracté. L'extraction au contraire se fait facilement sans relèvement des bras ni tractions, aussi immédiatement après, on fait une délivrance artificielle, il n'y a aucune déchirure.

Les suites de couches sont presque normales, toutefois le troisième jour la malade a 38° de fièvre ; on constate au niveau du pubis un hématome assez important qu'il a fallu vider deux fois les 25 et 26 juillet. Il semble que la fermeture de la ponction au bistouri par une agrafe et la striction par bandage ont pu gêner la circulation veineuse et l'évacuation de l'hématome.

Grâce au Zarate, on a pu avoir un enfant vivant pesant 3.770 gr., du sexe féminin. La tête est très modelée, le bregma très petit ; il présente au niveau de la région cervicale sous mastoïdienne un hématome dû à une application de forceps. En outre, les jours suivants il a présenté une para-

lysie du bras gauche, ainsi qu'une paralysie faciale du côté opposé qui a été en s'améliorant jusqu'au moment de la sortie de la Maternité, le 13 août 1932, c'est-à-dire vingt deux jours après l'accouchement. L'état de la mère est satisfaisant.

L'examen fait à cette date, permet de constater que les points pré et rétro-symphysaires sont douloureux à la pression. L'écart des pubis en avant de la symphyse est large d'un travers de doigt, alors qu'en arrière il n'est que d'un $1/2$ travers. Le piétinement sur place fait percevoir la mobilité des deux os.

Cette femme revue un an après l'intervention par son médecin traitant, nous avons pu avoir les renseignements suivants : aussitôt sortie de la Maternité, elle était fréquemment obligée de se reposer dans la journée, elle ne pouvait pas faire de longues marches, la montée des escaliers lui était très pénible ; tous ces troubles ont disparu en quelques semaines.

A la pression forte, on décelait un point douloureux pré-symphysaire.

Au toucher vaginal, on ne trouve plus de diastasis qui est remplacé par une petite prolifération fibreuse faisant légèrement saillie ; le sillon qui normalement sépare les deux pubis est ici plus marqué.

Chez cette multipare les résultats éloignés de l'opération sont bons ; du reste la malade ne conserve aucun mauvais souvenir de ce qui lui a été fait.

OBSERVATION III.

M. T..., Jeanne, IV^e-pare, 43 ans.

Entrée à la Salle de travail le 2 novembre 1932. Cette femme de 43 ans a marché à 15 mois et a été réglée à 16 ans.

Antécédents obstétricaux :

A 30 ans, fausse couche de 3 mois ;

A 31 ans, forceps pour enfant très gros, mort né.

A 34 ans accouchement normal, prématuré, de trois semaines.

A 38 ans, forceps pour enfant vivant de poids moyen.

Les dernières règles datent de la fin du mois de janvier.

Il n'y a eu aucun incident pendant la grossesse.

Cette femme de petite taille a un ventre à paroi musculaire faible, l'utérus ovoïde est étalé transversalement. La présentation est un siège non engagé en position gauche S.I.G.T. On a affaire à un bassin généralement rétréci ; l'auscultation est à gauche près de l'ombilic, les B. c. sont nettement perçus.

Cette femme dont le travail a commencé vers minuit présente des douleurs faibles à intervalles éloignés. A 1 heure on pratique la rupture de la poche des eaux. Le médecin arrive à 6 h. 1/2, dirige la malade sur la Maternité, craignant un travail trop long et un bassin infranchissable.

Arrivée à 9 heures à la Maternité Clinique, on trouve à l'examen un utérus flasque, sans contracture, une présentation du siège complet, une dilatation de 2 francs, un col

assez souple. Le pubis est très bas (anté-version du bassin), celui-ci est explorable, le promontoire accessible. Les parties molles n'existent pas comme obstacle à part le col. Il y a un prolapsus vaginal marqué, la température est à 37°4. On décide d'attendre pour les raisons suivantes : multi-parité, présomption d'un bassin suffisant, œuf ouvert, siège, enfant bien vivant, B. c. excellents. A 6 heures, la dilatation est complète le siège très élevé. B. c. bons. Sous-anesthésie générale, on décide de faire une extraction de siège, quitte à faire un Zarate si on éprouve des difficultés à extraire les épaules et la tête. Extraction de siège en tirant sur le membre inférieur gauche. Les épaules sont relevées ; on parvient à extraire l'épaule postérieure gauche, en faisant relever le siège très en avant. L'épaule antérieure (droite) est abaissée alors facilement. La tête descend assez aisément on tente un Mauriceau. Une symphysiotomie à la Zarate a été faite au moment de la dystocie des épaules sans difficulté, sans hémorragie. On entend un craquement et un diastasis se produit. On a l'impression que la symphysiotomie facilite les choses. Pas de déchirure ni du col ni du périnée.

L'enfant, du sexe féminin, pesant 3.400 gr. naît étonné : blanc, mais le cœur se remet à battre très rapidement et les premiers mouvements respiratoires se font spontanément. A noter que l'extraction a été très pénible (épaules) et assez longue, mais qu'à aucun moment on a pratiqué de manœuvres réellement dangereuses au point de vue lésions intracrâniennes.

Cependant l'enfant présente au niveau du bras gauche (postérieur) une paralysie du deltoïde, la main et le bras

ont des mouvements normaux ce matin, car hier soir les mouvements n'existaient pas ; il s'agit d'une paralysie par élongation du plexus brachial qui peut s'expliquer : par les manœuvres d'abaissement intragénitales, par le relèvement du corps du fœtus puissant levier sur le plexus, par l'intermédiaire du pubis.

Le 13 novembre 1932, amélioration considérable de la paralysie du bras gauche (traitement électrique de dix séances) fonctionnement presque normal du deltoïde et grand pectoral.

Cette femme opérée le 2 novembre 1932, a quitté la Maternité dix jours après ; elle est partie beaucoup trop tôt sur sa demande et contre notre avis. A l'examen, on a pu constater que les points pré-rétro-symphysaires sont douloureux à la pression.

On a fait exécuter à cette femme couchée puis debout, divers mouvements de flexion, d'abduction des cuisses, ainsi que la manœuvre du piétinement sur place de Budin, la symphyse étant pincée entre le pouce et l'index nous avons pu apprécier pendant ces mouvements une mobilité notable des pubis l'un sur l'autre. Tous les mouvements des membres inférieurs sur le bassin étaient possibles mais avaient une certaine limitation.

Revue en 1934, elle nous a dit avoir regretté son départ si rapide de l'Hôtel-Dieu ; en effet, rentrée chez elle n'a pu vaquer tout de suite à ses occupations, à chaque instant, elle se sentait fatiguée et était obligée de se reposer, elle éprouvait une sensation de poids très désagréable au niveau du pubis et une difficulté très grande à monter les escaliers ; elle marchait en boitillant.

Nous avons pu faire marcher cette femme sous nos yeux et avons constaté qu'elle avait une démarche « en canard ».

A l'examen, la symphyse n'est plus douloureuse mais il y a encore une petite mobilité des pubis l'un sur l'autre qui sont séparés par une saillie de tissu fibreux.

A la radio, on constate une persistance du diastasis.

OBSERVATION IV

Mme E..., III^e-pare, 35 ans, entrée à la Salle de travail le 9 février 1933 à 11 h. 15, cette femme de 35 ans, de grande taille, a toujours bien marché et a été réglée à 14 ans.

Antécédents obstétricaux : premier accouchement en juin 1925, normal.

Deuxième accouchement en février 1931, normal (mais version par manœuvres externes au cours de la grossesse en raison de la tendance à la présentation de l'épaule).

Dernières règles : début de mai 1932.

Cette femme, entre à la Maternité pour un troisième accouchement à terme avec présentation de l'épaule, elle est en travail depuis le 7 février à 21 heures. La poche des eaux s'est rompue spontanément le 8, vers 4 heures. Le 8, le médecin ayant constaté la présentation de l'épaule tente une version podalique : aucun résultat, il reste sur l'expectative, les coliques utérines semblent diminuer, expulsion fractionnée du liquide amniotique ; le 9 au matin, le médecin examine de nouveau la parturiente et ne constatant aucun progrès décide le transport à l'Hôtel-

Dieu, pendant le voyage en auto les coliques augmentent d'intensité.

A l'entrée à la Maternité, l'examen permet de constater que la dilatation du col est complète, il y a procidence d'un bras, l'utérus est cordiforme. Les B. c. sont bons mais très rapides, il y a de rares contractions utérines, la température est de 38°, le promontoire est accessible. On décide d'intervenir (Dr Leroux). Après anesthésie générale on pratique l'abaissement du pied gauche, un lac étant appliqué sur la main procidente, on fait une extraction laborieuse des membres et du tronc; on tente une manœuvre de Champetier de Ribes au D. S. mais la tête dernière ne peut descendre en raison du bassin plat.

On décide de faire une symphysiotomie à la Zarate : désunion de la symphyse de 5 mm. seulement ; on peut alors faire une manœuvre de Mauriceau sur la tête dernière : on extrait un enfant mort de 3.500 gr., du sexe féminin ; il présente un enfoncement profond du pariétal droit ayant indubitablement provoqué la mort par hémorragie méningée ou compression de l'encéphale. A midi délivrance artificielle.

On fait alors une révision utérine qui fait découvrir l'existence d'une rupture, de l'épiploon fait irruption dans le vagin au niveau du segment intérieur et en arrière.

Le Dr Leroux décide alors de faire d'urgence une hystérectomie totale : la femme est peu shockée ; hémorragie modérée. A 12 h. 30, opération sous-anesthésie générale ; l'utérus est assez bien rétracté, de sorte qu'il y a relativement peu de sang dans la cavité péritonéale ; la brèche

utérine est postérieure et latérale droite ; elle mesure environ 10 cm., la section des pédicules s'effectue dans de bonnes conditions.

On ferme sans drainage.

A 17 heures, la malade peu shockée, présente un bon état général ; suites opératoires normales.

Cette femme quitte la Maternité le 2 mars 1933 ; son état est satisfaisant.

Huit jours après, elle était prise brusquement le matin en prenant son petit déjeuner d'un malaise et décédait d'une embolie très tardive puisque survenue trente jours après l'opération.

Nous rapportons cette observation qui se joint aux autres symphysiotomies quoique bien entendu elle ne comporte aucune suite éloignée.

OBSERVATION V.

Mme F..., 35 ans, V^e-pare. Entrée d'urgence à la Maternité le 4 avril 1933, pour une grossesse de neuf mois et vingt jours ; les dernières règles datant du 7 juin 1932. Cette femme qui a toujours bien marché depuis vingt-deux mois, fut réglée à 12 ans.

Antécédents obstétricaux : premier accouchement 13 août 1922 : normal.

Deuxième accouchement 31 mars 1925 : normal.

Troisième accouchement 9 août 1929 : siège.

Quatrième accouchement 4 octobre 1930 : siège.

Les mouvements actifs sont apparus à 4 mois 1/2.

Aucune complication n'a marqué cette grossesse, il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines.

Examen à l'entrée dans le Service : femme obèse et petite. Présentation céphalique. B. c. bien perçus.

Au toucher vaginal : parties molles très souples, col presque complètement dilaté, présentation céphalique fixée au-dessus du détroit supérieur. Le promontoire est accessible mais très loin grâce au relâchement du périnée.

On décide de faire une symphysiotomie à la Zarate : anesthésie au chloro kélène.

Opération : mise en place d'une sonde en gomme, on écarte l'urètre et la vessie à droite. Ponction, incision progressive au cours de laquelle on est gêné pour renverser le bistouri par la masse abdominale. A un moment donné un effort d'abduction trop grand produit un brusque et excessif diastasis de deux travers de doigt. On décide d'appliquer le forceps Demelin et on se contente de faire une injection d'hypophyse. La tête descend rapidement après une rotation spontanée.

On a un enfant vivant du sexe masculin pesant 4.050 gr. Il naît un peu étonné mais respire tout seul. (Variété de la position O. I. D. P., liquide amniotique teinté en vert, membranes rompues à 5 heures, le 4 avril).

Délivrance spontanée au boui de cinq minutes : gâteau placentaire mince et étalé avec un cotylédon atrophié, membranes épaisses (zone d'endométrite vraisemblable). Pas de suture sur la ponction pubienne. Le diastasis se réduit presque complètement.

Suites opératoires normales.

Cette malade opérée le 4 avril 1933 sort de l'Hôtel-Dieu

le 27, c'est-à-dire vingt-trois jours après son accouchement.

La marche est assez facile il n'y a pas de claudication, aucun trouble urinaire. Elle accuse simplement une gêne très légère dans la région pubienne, gêne non exagérée par la marche ni par l'ascension des escaliers.

Au toucher vaginal, on constate que les deux pubis sont coaptés, sans diastasis notable. On a l'impression d'une surface pubienne solide et épaisse.

En mobilisant artificiellement les deux jambes on a l'impression d'un très léger déplacement des pubis l'un sur l'autre. La radio fait voir un élargissement prononcé de la symphyse pubienne et un léger diastasis des sous-iliaques.

A son départ, l'état général de cette malade est très satisfaisant, aussitôt arrivée chez elle, elle reprendra ses occupations de ménagère sans aucune fatigue appréciable.

Revue le 18 octobre 1933, on constate que cette petite femme obèse, (elle pèse 100 kgr.) marche en se dandinant.

Au toucher, debout en piétinant, les pubis jouent légèrement l'un sur l'autre; elle ne souffre pas de son bassin mais éprouve quelques douleurs dans les reins.

Revue en 1937, cette femme est très bien, elle exerce facilement son métier d'épicière, ne souffre pas mais éprouve rapidement de la fatigue quand elle fait d'assez longues marches (plus de 5 km.) et quand elle fait des stations debout prolongées. Elle ne présente pas de boiterie mais conserve toutefois une légère démarche « en canard ».

OBSERVATION VI

Mme P..., née M..., 38 ans, IV^e pare.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, à la Maternité le 1^{er} juillet 1934, à terme. Les dernières règles datant du 6 au 10 septembre. Les mouvements actifs sont apparus en janvier.

Cette femme, qui a toujours bien marché, a été réglée à 14 ans. Elle a fait trois grossesses antérieures :

Premier accouchement 19 mars 1924 : forceps

Deuxième accouchement 3 novembre 1925 : forceps

Troisième accouchement 3 novembre 1926 : forceps.

Aucun incident au cours de cette quatrième grossesse, jamais d'albumine dans les urines.

Présentation céphalique. Sommet non engagé en position gauche. O. I. G. A. Bassin rétréci. Auscultation à gauche.

Entrée en travail à midi le 8 juillet 1924, travail assez pénible avec contractions subintrantes et très douloureuses, la tête reste au-dessus du D.S. balottante, le col et la poche des eaux restent mous pendant les contractions. La dilatation atteint petite paume vers 9 h. 1/2. On rompt la poche des eaux : liquide purée de pois. B. c. assez bons mais ralentis. A 11 heures du soir même état : présentation céphalique très haute flottant en O.I.G.T., le front est balant les B. c. sont bons.

En raison de la flaccidité des parties molles, des trois accouchements précédents (avec forceps), des enfants vivants normaux comme volume, du volume moyen de l'enfant, du bassin à type aplati, on décide de faire une

version podalique suivie au besoin d'une symphysiotomie.

Opération : rachianesthésie, 8 cgr. de Sclurocaïne. Excellents résultats. Version : introduction de la main gauche, saisie du pied droit. Abaissement du pied, extraction immédiate qui marche bien jusqu'au passage des épaules (abaissement du bras gauche) la tête reste accrochée au-dessus du détroit supérieur, nettement bloquée par un obstacle osseux et de plus la bouche tournée en avant en O.I.D.A.

Symphysiotomie : procédé de Zarate.

On fait soutenir le corps du fœtus par un aide.

Au cours des manœuvres le fœtus a fait une inspiration prématurée.

La section de la symphyse amène un craquement suivi immédiatement de la descente de la tête. Fin de l'extraction très facile.

Le fœtus du sexe féminin pèse 3.850 gr. et naît en état d'asphyxie bleue. On le ranime à l'aide du tube de Le Lorier, sans trop de difficulté.

Cette malade opérée le 23 juillet 1934 regagne son domicile le 28 juillet, vingt-sept jours après.

La marche est normale, elle ne souffre pas.

Au toucher vaginal la symphyse est très mobile et présente un léger diastasis. A la pression, on réveille une douleur légère au niveau des points pré et rétro-symphysaires.

Revue en 1937, cette femme n'accuse aucun trouble fonctionnel, elle travaille et marche comme avant son opération ; elle nous a seulement déclaré avoir ressenti une

légère douleur au niveau du pubis à la suite de longues marches ou à la suite d'efforts assez violents (le fait de se relever brusquement) ; ces malaises auraient persisté jusqu'en 1935.

Actuellement, elle ne présente aucune boiterie ni démarche spéciale.

Dans ces six observations nous avons eu des bassins peu touchés, les résultats immédiats de l'opération, tant pour la mère que pour l'enfant, ont été excellents. Pas d'incontinence d'urine, peu de troubles de la marche au lever, dans de rares cas il y eut persistance de la marche « en canard ». A la radio pas de diastasis important des symphyses pubiennes et sacro-iliaques.

Les suites opératoires éloignées sont donc bonnes, en général, il n'y a aucune séquelle bien que Laffont et Falconis aient signalé un relâchement douloureux de la symphyse chez une de leurs opérées à l'occasion d'une grossesse ultérieure et au voisinage du terme, ces troubles disparurent à la suite de l'accouchement, qui fut spontané.

Étude critique des observations.

La première observation est une excellente indication d'opération de Zarate, la tête étant ballante au D. S., le bassin étant généralement rétréci, on pratique une symphysiotomie qui permet d'extraire facilement un gros enfant de 4.000 gr. vivant, du sexe masculin.

Les suites sont normales tant au point de vue maternel que fœtal.

La deuxième observation est un succès presque complet ; après de nombreuses tentatives d'applications de forceps, l'opération de Zarate, en aggrandissant le bassin, permet à la tête accrochée au D. S. de descendre chez une femme au bassin généralement rétréci dont tous les accouchements précédents avaient été terminés par forceps. Ici l'intervention permet d'avoir un enfant vivant pesant 3.270 gr.

La troisième observation est aussi une excellente indication de la méthode : cette multipare au bassin généralement rétréci a eu de très mauvais accouchements antérieurs, cette fois encore l'extraction de siège étant difficile par suite de la dystocie des épaules, la symphysiotomie est faite et permet d'avoir

un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.400 gr.

En ce qui concerne la quatrième observation, c'est aussi un cas typique de symphysiotomie à la Zarate : bassin plat chez une multipare ayant déjà accouché normalement, mais nous avons ici une présentation de l'épaule négligée avec procidence d'un membre, une dilatation complète. On fait une version suivie d'une extraction laborieuse des membres inférieurs et du tronc, une manœuvre de Champetier de Ribes étant insuffisante pour déterminer l'engagement de la tête qui ne peut descendre en raison du bassin plat, on fait une symphysiotomie qui n'aboutit qu'à l'accouchement d'un enfant mort (enfouissement du pariétal), ce qui n'est pas étonnant étant données la longueur du travail et la très mauvaise présentation.

La cinquième observation est aussi comme les précédentes un cas parfait d'indication de Zarate : bassin généralement rétréci au D. S., dilatation presque complète, symphysiotomie, injection d'hypophyse suivie d'un accouchement spontané, enfant vivant pesant 4.050 gr., du sexe masculin.

La sixième observation est analogue à la précédente, mais on a affaire ici à un bassin plat avec une tête mobile au détroit supérieur, des signes de souffrance fœtale (B. c. assourdis, liquide amniotique teinté). On fait une version podalique mais la tête reste retenue au D. S., une manœuvre de Champetier-de Ribes a été essayée mais elle se montre insuffisante pour déterminer l'engagement, on pratique alors une

symphysiotomie qui aboutit à un accouchement avec enfant vivant.

Dans ces 6 observations on se trouve donc chaque fois en présence de femmes ayant un bassin touché avec :

Quatre fois, une tête restant accrochée au D. S. et ne s'engageant pas ;

Une fois, une dystocie de la tête dernière qui ne peut pas descendre ;

Une fois, une dystocie du tronc et des épaules.

Les interventions pratiquées dans ces 6 cas aboutissent à l'extraction d'enfants vivants, seul un cas est vraiment défavorable, mais il faut tenir compte que les conditions sont particulièrement mauvaises : on se trouve en présence d'une présentation de l'épaule négligée chez une femme fatiguée, avec 38° de température.

Quels sont maintenant les avantages de cette intervention ?

Dans chaque cas, elle nous a laissé la possibilité de poursuivre l'épreuve du travail bien que les membranes soient rompues depuis plusieurs heures et qu'il existe parfois une infection latente. Cinq fois sur six, elle nous a permis d'avoir des enfants vivants avec un utérus intact et non diminué de valeur comme il l'aurait été après une hystérotomie.

La technique de cette méthode est extrêmement rapide et simple, quelques minutes suffisent pour hâter un accouchement traînant depuis de longues heures. l'instrumentation est réduite au minimum.

Au point de vue foetal, cette méthode n'est pas dangereuse, au point de vue maternel, il y a de gros avantages, les risques d'infection n'existent pour ainsi dire pas, il n'y a aucune hémorragie, en général, le bassin demeure agrandi d'une façon permanente, des femmes ayant été opérées de pelvitomie ont pu ensuite accoucher spontanément d'enfants beaucoup plus gros. A ce propos nous rapporterons une observation particulièrement intéressante du D^r Pélissier, montrant bien cet agrandissement définitif du bassin.

OBSERVATION

Mme P..., IV^e pare, 34 ans.

Premier accouchement, travail long, injection d'hypophyse, enfant mort-né.

Deuxième accouchement : laborieux. Forceps : enfant mort-né.

Troisième accouchement : la malade vue au cours de la grossesse on pose l'indication d'une opération césarienne au moment du travail.

Bassin rétréci : P.P.M. : 9 cm. 3.

La malade entre en travail à la Maternité un dimanche.

Epreuve du travail : peu de douleurs.

Le lundi modifications des bruits du cœur qui font écarter l'indication d'une césarienne. On intervient rapidement par un Zarate et un forceps : enfant vivant de 3.370 gr. La radiographie montre un agrandissement du bassin.

Quatrième accouchement : expulsion spontanée à terme d'un enfant de 3.009 gr. A la radio, on constate toujours un agrandissement du bassin.

Cinquième accouchement : entre dans le Service à dilatation complète : version facile, grande extraction de siège.

Enfant vivant de 3.400 gr.

Sixième grossesse : la malade est vue le 16 mai 1935. Accouchement probable le 15 juillet 1935.

Vérification du bassin P.P.M. : 9 cm. 3.

On perçoit à la face antérieure de la symphyse un écartement d'un petit travers de doigt comblé par un tissu

fibreux. Sur la face postérieure, bourrelet fibreux résistant. Aucune mobilité anormale, aucun trouble de la marche.

La radiographie montre un écart des deux pubis.

Nous devons cependant faire quelques réserves au point de vue des suites opératoires, elles sont en général très simples, mais il faut redouter quelques incidents, parfois même de véritables complications, comme une incontinence d'urine post opératoire, le plus souvent transitoire, mais qui dans certains cas a pu être définitive et nécessiter de nombreuses interventions ; des abcès présymphysaires en rapport avec des hématomes infectés, des blessures de l'urètre et du col de la vessie, des fistules urinaires, des phlébites, enfin plus tardivement on peut avoir un cystocèle (des prolapsus génitaux) enfin des troubles de la marche.

Les détracteurs de la symphysiotomie ont beaucoup insisté sur ces troubles de la marche, rendant les opérées absolument infirmes et les condamnant à une vie ralentie, en rendant difficile leur moindre déplacement. Ces troubles, il faut bien le reconnaître, sont à peu près constants, mais toujours passagers si toutefois le lever n'a pas été trop précoce. Au début, l'opérée a une démarche très spéciale : marche hésitante et boitillante, souvent il existe des douleurs au niveau de la symphyse et des articulations sacro-iliaques, ces douleurs sont en général augmentées à la montée des escaliers et à la fin de la journée quand les femmes sont fatiguées. En général, ces malaises ne

persistent plus six mois après l'intervention, tout ce que l'on peut avoir et encore rarement, c'est un peu la démarche « en canard ».

Les malades de nos observations, examinées juste au moment de quitter la Maternité, présentaient en général un diastasis assez considérable (1/2 travers de doigt) (comme nous avons pu nous en rendre compte par les radios faites à ce moment) facile à percevoir par la manœuvre de Budin, deux ans après tout était rentré dans l'ordre, le diastasis avait disparu, la réparation de la symphyse pubienne s'était faite par prolifération fibreuse, dans certains cas on a vu se former un véritable cal fibreux.

Avec le procédé de Zarate, nous l'avons déjà vu, le bassin reste généralement agrandi d'une façon permanente, dans quelques cas cependant, on a pu pratiquer des symphysiotomies itératives sans difficulté et sans dommage pour les parturientes. Zarate lui-même et ses élèves Rafaël et Mestre ont rapporté des cas de symphysiotomie pour la seconde fois.

*
* *
*

En résumé, nous pourrions dire que la symphysiotomie sous-cutanée partielle, appliquée suivant le procédé de Zarate et conçue d'après une idée tout à fait nouvelle « la limitation d'écartement du pubis », est la meilleure de toutes les pelvitomies.

C'est une excellente opération quand les indications en ont été bien posées ; on la pratiquera avec le

maximum de chances de succès chez des femmes jeunes et multipares, sans toutefois écarter totalement les primipares, aux tissus souples, la dilatation étant complète ou presque, le bassin plat étant seulement rétréci au détroit supérieur, le fœtus vivant, la tête tendant à se fixer en s'inclinant sur son pariétal.

C'est un bon moyen de terminer rapidement un accouchement après une longue épreuve du travail, avec un bassin limite. Elle s'oppose aux applications de forceps au détroit supérieur, risquant d'être fatales pour l'enfant, elle ne se rencontre pas sur le même terrain que la césarienne, si bien qu'un auteur sud-américain Palacios Costa a pu dire en 1923, que l'opération césarienne pour dystocie relative pure a vécu et a été remplacée par la symphysiotomie.

C'est une intervention plus tardive, quand on la pratique l'heure de l'hystérotomie est passée depuis longtemps et la symphysiotomie laisse de grosses chances d'avoir un enfant vivant, sans rien faire redouter à la mère, à qui elle laisse jusqu'au dernier moment la possibilité d'accoucher naturellement.

Elle n'empêche nullement d'autres grossesses et facilite les accouchements ultérieurs avec des enfants souvent beaucoup plus gros, en augmentant d'une façon définitive l'augmentation des bassins rétrécis, tous les détroits osseux restant agrandis.

La technique est simple et rapide, nécessitant toutefois un opérateur très exercé. Les résultats éloignés sont satisfaisants, les troubles succédant à l'opération n'étant que passagers, elle est même praticable

chez la primipare, à condition d'avoir des parties molles non atrésiées ; elle est bien préférable aux autres pubiotomies encore faites par certains auteurs (fil-scie de Gigli) ; la pose de ce fil étant fréquemment inutile, dans les accouchements de la tête dernière par exemple, il ne sert plus à rien au cas où celle-ci s'engage sans difficulté.

Il semble qu'on puisse pratiquer la symphysiotomie malgré des signes d'infection marquée (fièvre élevée, liquide amniotique fétide), mais les chances de succès sont ici plus restreintes. Toutefois l'indication précise en cas d'infection et suivant le degré de cette infection est dans l'état actuel de nos connaissances difficile à préciser.

Pour finir nous dirons que la symphysiotomie d'un emploi bien déterminé ne doit pas être délaissée.

Couvelaire est d'avis qu'elle n'a pas gardé dans la thérapeutique de la dystocie pelvienne le rang qu'elle méritait, et qu'il convient de lui donner une part plus grande que celle qu'on lui a fait jusqu'à présent.

Toutes ces considérations expliquent facilement tout l'intérêt que de nombreux accoucheurs portent de nouveau à cette intervention, qui actuellement est loin d'être « agonisante ».

Conclusions.

1° Les observations, que nous apportons au débat de la symphysiotomie, tirent leur principal intérêt de la constation à longue échéance des suites de l'opération de Zarate ;

2° Toutes les malades de nos observations ont pu reprendre, à bref délai, leurs occupations actives de ménagère et de cultivatrice, ceci sans en être incommodées, en dépit de la persistance d'un diastasis notable, avec parfois dénivellation en hauteur permanente (radiographies) et d'une mobilisation appréciable des pubis l'un sur l'autre ;

3° Certaines femmes conservent un peu de dandinement de la démarche auquel elles s'adaptent assez bien ;

4° Des troubles statiques et dynamiques consécutifs à la symphysiotomie existent donc, ils sont définitifs mais réduits à très peu de chose ;

5° La symphysiotomie agrandissant définitivement le bassin, un accouchement ultérieur en sera facilité ;

6^o La symphysiotomie sous-cutanée partielle à la Zarate, en raison de son pronostic immédiat favorable et de ses résultats lointains et satisfaisants, en général, mérite l'estime qu'elle a su reprendre en Chirurgie obstétricale, pourvu que les indications en soient bien posées.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abelly*. — Histoire de la Symphysiotomie. Thèse Paris, 1899.
- Aburel* (E.). — La pelvitomie chez les primipares (Soc. médicale, janvier 1931, p. 6).
- Argonz* (E.). — Seis partos en una enferma con estrechez pelviana, sinfisiotomia iterativa (Rev. Med. del Rosario, 33, p. 694-701, aug. 1933).
- Arnita Yudice*. — La sinfisiotomia frenada (procedimiento subcutaneo de Zarate, su valor y su sitio en la practica obstetrica actual (Thèse de San Salvador, septembre 1935).
- Aulebert*. — Indications actuelles de la pubiotomie (Gazette médicale de France, n° 16, 15 août 1931).
- Bar, Brindeau, Chambrelent*. — La Pratique de l'Art des Accouchements.
- Brindeau et Lantuejoul* (in *Bar, Brindeau, Chambrelent*. — Les opérations, volume IV, Paris, 1926).
- Brindeau*. — Faut-il abandonner actuellement la pubiotomie (Soc. Belge d'Obst. et Gyn., juin 1924).
- Discussion au IV^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obst. de langue française de Paris (Gyn. et Obst., 1925, n° 4, t. XII).
 - Deux cas de symphysiotomie de la Zarate pour dystocie de la tête venant dernière (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1924, n° 4).
- Boero*. — Sobre indicaciones de la sinfisiotomia discusion (Boletín de la Soc. di Obst. y Gén., p. 113, y 147, av. 1923).

Bouffe de Saint-Blaise, Le Lorier, Brindeau, Couvelaire. — Indications des pelvitomies (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn., année 1924, n° 7).

Bovis (de). — La symphysiotomie sous-cutanée (La Semaine médicale, 13 août 1913).

Cathala. — Cours de perfectionnement à la Clinique Tarnier. A propos des pelvitomies (Soc. d'Obst. et Gyn., décembre 1924).

— Les différents procédés d'agrandissement du bassin, leur valeur (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Paris, 1927, p. 110).

Chishol (M.). — Symphysiotomie. Embryotomie et césarienne (The Lancet, août 1933, p. 276).

Costa (Junior). — Symphysiotomie partielle, découpeure de la partie supérieure de la symphyse pubienne. Une nouvelle opération pour la thérapeutique des bassins rétrécis avec des effets permanents (Rev. franç. Gyn. et Obst., janv. 1921, XV, p. 445-448).

— Symphysio partielle (Rev. fr. Gyn. et Obst., janv. 1931, p. 45).

— Algunas consideraciones en torno de un caso de sinfisiotomia à la Zarate (Arg. de Circ. e Ortop., 2, 449-458, june 1935).

Couvelaire. — Pratique médico-chirurgicale : les Pelvitomies.

Desforges. — Phases de la symphysiotomie. Thèse de Paris, 1892).

Desnoyers. — Les pelvitomies à la Maternité de Port-Royal (Revue fr. Gyn. et Obst., mai 1933, 5).

— 20 observations de symphysiotomie (Rev. franç. Gyn. et Obst., 1929, p. 632).

— Quelques remarques sur la symphysiotomie sous-cutanée (Rev. fr. Gyn. et Obst., n° 7, juillet 1936).

Devraigne. — La symphysiotomie dite à la Zarate (La Médecine, décembre 1936).

Direu de Andrade. — Symphysiotomie parcial de Zarate (Rev. de Gyn. et Obst., 23, 119, 127, mars 1929).

Dujol, Michelon, Jaubert. — La symphysiotomie partielle sous-cu-tanée à propos de 27 observations (Loire Médicale n° 9, sept. 1935 et Rev. Fr. de Gyn. et Obst., 30, 786, 815, septembre 1935).

Esquirol (Domingo). — Dos casos de sinfisiotomia de arjenci-en medio no quivurgico (La Semana medica, 1926).

Falsia. — La sinfisiotomia. Tesis de Buenos-Aires, 1928. Sin-fisiotomia de Zarate (La Semana medica, n° 11, 16 mars 1933).

— Pelvis estrecha. Presentacion de Frente. Sinfisiotomia de Zarate (Semana medica, 2, 1788, 1790, déc. 1933).

Farabeuf. — Les bienfaits de la Symphysiotomie. Thèse de Paris, 1893.

Galvro. — La symphysiotomie de Zarate (Bahida Med., 3, 262, 264, octobre 1932).

Gonzalez. — La symphysiotomie dans la pratique générale (Semana medica, juin 1933).

Gutchemere (M. de). — A propos de 2 cas de symphysiotomie par le procédé de Zarate (Bull. de Obst. et Gyn., 1930, p. 761).

Grosse. — La renaissance de la symphysiotomie (Cazette méd. de Nantes, 15 déc. 1924).

Hernandez. — Histoire critique des Pelvitomies, Havane 1912. La symphysiotomie est le traitement curatif des insuffi-sances pelviennes moyennes et légères que la césarienne laisse persistantes (C. R. IV^e Congrès Ass. Gyn. et Obst. de langue franç., 1925, Masson).

— Discussions à propos du III^e rapport de Rossier et Le Lor-rier (Gyn. et Obst., 1925, t. XII, n° 4).

Iracta (D.). — La sinfisiotomia en las primipares (Semana med. 2, p. 394-396, 10 août 1933).

Jaubert. — A propos de 25 observations de symphysiotomie suivant la technique de Zarate. Thèse Lyon, 1934-1935.

Jeannin et Guéniot. — Indications de la symphysio.

Jorand. — Accidents de symphysiotomie. Thèse Paris, 1896.

Juan (Léon). — Ampliación de las indicaciones de la sinfisiotomía (Bol. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Buenos-Ayres 3 novembre 1932).

— Sinfisiotomía en cabeza última (Bol. de la Soc. d'Obst. et Gynecol. de Buenos-Ayres 1934, t. XIII, n° 15).

Laffont et Falconis. — 8 cas de symphysiotomie sous-cutanée. Technique de Zarate (Soc. d'Obst. et Gyn. d'Alger. Séance du 13 février 1932).

— Des suites éloignées de la symphysiotomie (Bull. Soc. Obst. et Gyn., mars 1934, n° 7).

Le Lorier. — Discussion à propos de pelvitomies avec leurs indications (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., année 1924, n° 7).

— Quelle place les pelvitomies doivent-elles garder actuellement dans la thérapeutique obstétricale (La médecine, avril 1926).

Mestre (Buenos-Ayres). — Sinfisiotomía iterativa. (Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1928, p. 201).

Michelon. — Symphysiotomie sous-cutanée partielle selon le procédé de Zarate. (Revue fr. de Gyn. et Obst. n° 12, déc. 1932).

— Symphysiotomie sous-cutanée partielle selon le procédé de Zarate (La Loire Médicale, n° 11, nov. 1932).

— La symphysiotomie sous-cutanée de Zarate (Lyon Médical, n° 4, 22 janv. 1933).

Ogarrio Luis — La symphysiotomie sous-cutanée dans les dystocias de la tête dernière. Thèse Gournay-en-Bray, impr. Letreso, 1931.

Ortiz-Perez. — La symphysiotomie sous-cutanée de Cuba (Gyn. et Obst., 1925, t. XI, n° 6).

Palacios Costa. — Communication de la Soc. d'Obst. et Gyn. Boletín de 1924, n° 6.

Palliez et Gernez. — Quelques observations de symphysiotomie partielle suivant la technique de Zarate (Bull. Soc. Obst. et Gyn., juin 1934, p. 414).

- Paranhos.* — Trois cas de symphysiotomie de Zarate (Rev. de Gyn. et Obst., octobre 1931, p. 401).
- Pasman* et *Piehanera.* — Symphysiotomie itérative pour la deuxième fois avec tête dernière (Soc. d'Obs. et Gyn. de Buenos-Ayres, 10 nov. 1927 in Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 17^e année, 1928, p. 633).
- Pellissier.* — La symphysiotomie suivant le procédé de Zarate (Loire Médicale, n° 5, mars 1929, p. 207).
- Peytavin (Charles).* — De la symphysiotomie partielle sous-cutanée. Etude critique de 45 observations de symphysiotomie suivant le procédé de Zarate. Thèse Paris, 1931. Ed. Arnette.
- Piet.* — Symphysiotomie d'urgence (Journ. des Sc. Méd. de Lille, 30 juin 1929).
- Pou Orfola.* — La symphysiotomie subcutanea y su importancia in l'obstetrica pratica (Annals. Fal. de Med. Montevideo, 1921, VI, pp. 493-504).
- Ramos Bazan.* — Expérience personnelle de la symphysiotomie (Semana Med., XXXIX, n° 10, 10 mars 1932).
- Ravina.* — Où en est la symphysio (le Medecini, n° 5, avril 1932).
- Reichmann.* — La symphysiotomie à la Zarate à la Maternité de Lariboisière. Thèse Paris, 1936.
- Reeb.* — Symphysiotomie sous-cutanée d'après Zarate (Bull. Soc. Obst. et Gyn., octobre 1929).
- Rossier.* — Indications des pelvitomies. Rapport au (IV^e Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue franç. Paris, octobre 1925 in Gyn. et Obst. XIII, p. 167.
- Rudant* et *Desnoyers.* — Quelques observations de symphysiotomie partielle (Bull. Soc. Obst. et Gyn., février 1929).
- Santos.* — Mon expérience de la symphysiotomie (Bull. Soc. Obst. et Gyn., juillet 1930).
- Scemla.* — Indications respectives des pelvitomies et de la Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Thèse de Paris, 1925.

- Scemla et Bernard.* — Dystocie par excès de volume du fœtus. Symphysiotomie à la Zarate : mère et enfant vivants (Tunisie médicale, février 1936).
- Schwartz.* — Extension des indications de la symphysiotomie (Semana medica, n° 10, 10 mars 1932).
- Sizault.* — Discussion sur les avantages de la section du pubis.
- Suzor.* — La symphysiotomie sous-cutanée (l'Hôpital, janv. 1928, n° 206, p. 17).
- Torre Jose Blanco.* — La sinfisiotomia subcutanea Arquivos de Med. (Cirurgica y Especialidades, t. XXXVII, n° 21, 26 mai 1934).
- Vaudescal.* — Quelques points particuliers de la technique de l'opération de Zarate (Gyn. et Obst., 1928. t. II, p. 206).
- Vaudescal.* — Indications de la symphysio (l'Hôpital, avril 1927, p. 229).
- Von der Horst.* — Contribution à l'étude de la symphysiotomie sous-cutanée suivant la méthode de Zarate. Thèse Paris, 1927.
- Wulff (Mme).* — Les accouchements spontanés après la symphysio. Thèse Paris, 1900.
- Zarate.* — La symphysiotomie partielle et la symphysiotomie de Frank (Gyn. et Obst. 1926, t. II, p. 281).
- La symphysiotomie en Argentini (Gyn. et Obst., 1920, t. I, p. 331).
 - Symphysiotomie partielle contre césarienne segmentaire en cas de bassin limite : 20 cas de symphysiotomie partielle (Bul. Soc. d'Obst. et Gyn., 1927, p. 436).
 - Sobre indicaciones de la sinfisiotomia discusion (Bol. de la Soc. de Obst. et Gin., p. 113, y año 1923).
 - Pubiotomica e sinfisiotomia (Revista argentina di Obst. et Gin., p. 283, n° 50, año. 1924).
 - Nouvelle technique de symphysiotomie sous-cutanée

(Gyn. et Obst. 1925, t. XI, n^o, 6 janv. juin 1925, p. 601).

- La symphysiotomie partielle : indications et valeur thérapeutique dans la dystocie pelvienne d'après 100 observations de la Clinique Obst. de Buenos-Ayres. (Revue fr. de Gyn. et Obst., 1932, p. 61).
- La symphysiotomie partielle (Soc. Obst. et Gyn. de Buenos-Ayres, 27 oct. 1927, in Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 17^e année, 1928, p. 484).

